

KORTVERSJON

BÆREKRAFTIGE OPPVEKST-, HELSE- OG OMSORGSTJENESTER I ØSTRE AGDER

Sluttrapport for programperioden 2023–2026



Østre Agder
Interkommunalt Politisk Råd

Bakgrunn

Bærekraftige oppvekst-, helse- og omsorgstjenester (BOHO) er et utviklingsprogram gjennomført i kommunene i Østre Agder i perioden 2023–2026.

Målet med programmet er å gjøre kommunene bedre rustet for framtiden: Det blir stadig flere eldre, og det blir færre yngre til å hjelpe til. I 2022 var det 3,4 personer i arbeidsfør alder for hver innbygger over 67 år i Østre Agder. I 2050 vil det tallet være nede i 2,0. Samtidig er det mangel på helsepersonell, og kommunene har stram økonomi.

Tallene viser hvor raskt dette skjer. Innbyggere over 67 år utgjorde 16,5 prosent av befolkningen i 2025. I 2060 vil de utgjøre 27 prosent. Allerede i 2033 vil det være 50 prosent flere over 80 år enn det var i 2024. I hele Agder ventes antallet personer over 65 år å øke med 35 prosent fram mot 2030.

For å møte denne utviklingen, ønsker kommunene å satse mer på forebygging og hjelp i en tidlig fase, og mindre på ressurskrevende tjenester som settes inn sent. Tanken er at folk skal kunne leve gode liv der de bor, og klare seg selv så lenge det føles trygt. Programmet bygger på de nasjonale reformene «Leve hele livet» og «Bo trygt hjemme». Hensikten har vært å bidra til å flytte fokus fra hva kommunen kan gjøre for innbyggerne til hva man kan skape sammen gjennom felles ressurser og samskaping.

Slik ble programmet bygd opp

Programmet startet på initiativ fra Helse- og omsorgslederforum i Østre Agder, og ble forankret hos kommunedirektørene. Det betyr at det hadde sterk støtte på ledernivå helt fra start. Et viktig bidrag var penger fra Statsforvalteren. Til sammen fikk programmet 5,8 millioner kroner i såkalte prosjektskjønnsmidler.

Kommunedirektørutvalget i Østre Agder var styringsgruppe, slik at arbeidet var godt forankret på øverste nivå i hver kommune. Under styringsgruppen var det en egen prosjektgruppe med en representant fra hver kommune. Hver av dem ledet også arbeidet i sin egen kommune.

Et felles verktøy gikk igjen i hele programmet, nemlig *innsatstrappa*. Det er en modell som viser de ulike tilbudene og tjenestene en kommune har, ordnet i trinn. De fire nederste trinnene er enkle, forebyggende tilbud som innbyggerne kan bruke uten vedtak. De øverste trinnene er mer omfattende tjenester som krever vedtak og koster mer. Alle de åtte kommunene vedtok å ta innsatstrappa i bruk.

Innsatstrappa som arbeidsverktøy gjør det bl.a. enklere å måle resultater av tidlig innsats og forbedringsarbeid, og sikre sammenlignbare nøkkeltall som kan brukes i forskningsarbeid.

Programmets fem prosjekter som hver tok for seg sin del av oppgaven:

Prosjekt 1: Innsatstrappa og ressurskalkulatoren – verktøy for å snakke om, prioritere og styre ressursene.

Prosjekt 2: Kommunikasjon og forventningsavklaring – å bli enige om hva kommunen kan tilby, mellom ansatte, politikere og innbyggere.

Prosjekt 3: Boligplanlegging – å legge til rette for boliger og bomiljøer som passer for folk i alle aldre.

Prosjekt 4: Helsefremmende team – å kartlegge eldres helse tidlig og støtte dem til å ta gode valg for egen helse før behovet blir omfattende.

Prosjekt 5: Forskning og kunnskap – å bygge en felles plan for forskning og utvikling i kommunene.



Prosjekt 1:

Innsatstrappa og ressurskalkulatoren

Hva var målet?

Målet var å gi kommunene gode verktøy for innbyggerdialog, riktig prioritering og bedre økonomistyring. To verktøy sto i sentrum: innsatstrappa og ressurskalkulatoren.

Innsatstrappa hjelper kommunene med å satse mer på forebygging og enkle tilbud, og mindre på de tyngste tjenestene. Den skal også være et hjelpemiddel for å styrke samarbeidet og dialogen med ansatte, politikere og innbyggere.

Ressurskalkulatoren er et verktøy som viser hva en enkelt tjeneste koster. Den gjør det mulig å sammenligne ulike løsninger og se hva man får igjen for å sette inn hjelp tidlig. Verktøyene ble laget gjennom egen finansiering, sammen med konsulentselskapet Agenda Kaupang.

Hva ble gjennomført?

Det ble lagt ned mye arbeid i å kostnadsberegne de ulike trinnene i trappa. På den måten kunne kommunene utarbeide rapporter som viser hva pengene brukes på, og hvor mye som går til tidlig innsats og forebygging. Seks av de åtte kommunene fullførte dette arbeidet.

Det ble holdt tre kurs i bruk av ressurskalkulatoren – ett for øverste ledelse, ett for spesielt opplærte brukere og ett for ansatte. Alle kontorene som tildeler tjenester i Østre Agder var invitert, sammen med saksbehandlere innen psykisk helse og rus, oppvekst og PP-tjeneste. Opplæringen var inspirert av den såkalte «Aalborg-modellen» fra Danmark.

Det ble også holdt flere arbeidsmøter (workshoper) der innsatstrappa og ressurskalkulatoren var temaet. Slik ble det en tydelig rød tråd fra strategi til praksis. Tjenestekontorene har dessuten opprettet et eget fagnettverk for saksbehandlere, som skal ha ansvar for å videreutvikle ressurskalkulatoren framover.

Hva ble resultatet?

Innsatstrappa er utviklet, tilpasset og tatt i bruk som et felles rammeverk i kommunene. Workshopene i prosjektet viste tydelig at oppvekst og helse har like opplevelser i de første trinnene, og bør samarbeide mer i forhold til tidlig innsats. Oppvekstsektoren driver stor grad av forebygging og er viktig for det videre arbeidet med implementering av ressurskalkulator og med det andre vurderinger av tiltak. Den har gitt bedre forståelse av prioriteringer, hvilke tjenestenivåer som finnes, og hvorfor det er viktig med tidlig innsats. Ressurskalkulatoren har gitt et bedre grunnlag for å vurdere kostnader og effekt av ulike tiltak.

Samtidig viste det seg å være krevende å ta verktøyene i bruk. Det tok lengre tid enn ventet, og det varierte mellom kommunene hvor langt de kom. Det krevde også at kommunene styrket tjenestekontorene og lærte opp ansatte. Tilbakemeldingene peker på at det viktigste for å lykkes er forankring i ledelsen, nok tid, felles begreper og at verktøyet brukes jevnlig.

Prosjekt 2: Kommunikasjon og forventningsavklaring

Hva var målet?

Innbyggere, politikere, ledere og ansatte har ofte ulike forventninger til hva kommunen kan tilby. Målet med dette prosjektet var å utvikle et tydelig budskap som kan minske gapet mellom det innbyggerne forventer, og det kommunen faktisk kan tilby. Dette er sentrale forutsetninger for den såkalte kommune 3.0-tankegangen der innbyggerne har en viktig samskapende rolle med å delta aktivt i eget lokalsamfunn.

Et viktig poeng er at når innbyggerne ser hvilken ressurs de innehar, får de trygghet til å klare mer selv. Dette skaper muligheter for mer tilpassede tilbud og bærekraftige tjenester. Dette er noe kommunene ønsker å få fram viktigheten av til både ansatte, politikere og innbyggere.

Hva ble gjennomført?

Det ble satt sammen en egen arbeidsgruppe med deltakere fra Froland, Gjerstad, Grimstad, Arendal og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). Arbeidsgruppen testet ut ulike måter å informere på gjennom workshoper. Kommunene Gjerstad, Arendal, Risør og Grimstad hadde arbeidsmøter med opptil 300 ansatte hver innen helse. Til sammen ble det holdt ti slike møter for ansatte.

En erfaring fra workshopene var at de ansatte fikk samme informasjon uansett kommune eller sektor. Dette var en fordel fordi det skapte mindre uro og spørsmål blant ansatte, og en trygghet om at alle fikk samme kunnskap om arbeidet rundt tidlig innsats og forebygging i programmet. Mange satte også pris på å kunne snakke direkte med politikere.

I april 2025 reiste en gruppe på studietur til Danmark for å hente inspirasjon. De besøkte både en liten kommune (Odder) og en stor (Århus), og så blant annet hvordan Danmark samarbeider med frivillige og hvordan de utvikler byene sine. Det gjorde ster-

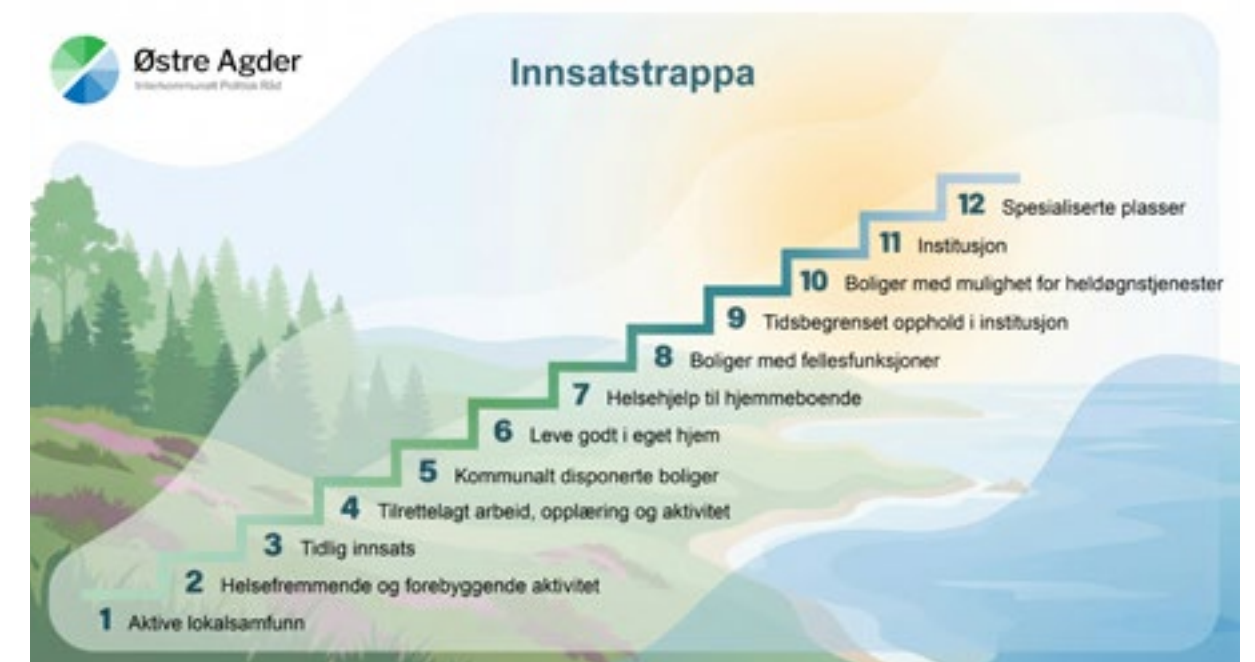
kest inntrykk å se hvordan frivillige fikk bruke offentlige bygg som møteplasser, og hvordan innbyggerne ble involvert i planleggingen.

Det ble også holdt opplæring for politikere i kommunestyrene, der innsatstrappa, ressurskalkulatoren og boliganalyser ble forklart. Flere politikere meldte tilbake at verktøyene gjorde det lettere å forstå hvorfor tidlig innsats lønner seg på sikt.

Hva ble resultatet?

Arbeidet har gitt felles metoder og verktøy for å kommunisere, blant annet informasjonsmateriell og digitale løsninger. Det er laget en egen nettside, innsatstrappa.no, på hjemmesiden til Østre Agder, der alle kommunene lenker til samme side. Her er det laget en egen innsatstrapp for regionen. Den ble først lansert for ansatte, og målet er å gjøre den tilgjengelig for innbyggerne i løpet av 2026.

Det er også laget en kort [animasjonsfilm](#) som ligger på nettsiden. Den handler om å være «kaptein i eget liv» – altså å ta gode valg for egen helse og bolig. Filmen er sendt til Helsedepartementet. Samlet har dette bidratt til en mer felles forståelse av hva tjenestene er, og til å minske avstanden mellom det innbyggerne forventer og det kommunen kan tilby.



Østre Agder innsatstrapp

Prosjekt 3: Boligplanlegging

Hva var målet?

Mange eldre bor i boliger og bomiljøer som ikke er hensiktsmessig når helsa blir dårligere. I Østre Agder er det kun 36 prosent av innbyggerne over 80 år som klarer seg helt uten hjelp fra helse- og omsorgstjenestene. Målet med prosjektet var derfor å planlegge for boliger og nærmiljøer som passer for folk i alle aldre, og som gjør at flere kan bo hjemme lenger.

Et sentralt begrep er «5-minutters tettsteder». Det betyr steder der det viktigste i hverdagen – butikk, apotek, legekontor, transport og møteplasser – ligger innenfor fem minutters gange fra der folk bor. Et annet begrep er «helseknutepunkt». Det er steder der ulike tilbud samles i nærmiljøet, slik at trygge boliger, helsetilbud og sosiale møteplasser finnes på samme sted.

Hva ble gjennomført?

Agenda Kaupang laget boliganalyser for hver av de åtte kommunene i 2023. Analysene viste hvordan behovet for boliger til eldre vil utvikle seg fram mot 2040. Slik fikk hver kommune et godt kunnskapsgrunnlag å bygge videre på.

Prosjektet ble lagt fram i kommunestyre og politiske utvalg i de fleste kommunene. Målet var å utfordre politikerne til å tenke helhetlig, slik at det å legge til rette for ulike typer boliger blir en del av kommunens planarbeid. Inspirert av innsatstrappa ble det laget en egen «boligtrapp», men det har vært opp til hver kommune om de ville utvikle den.

Flere kommuner har hatt åpen dag, der innbyggere kan få råd om hvordan boligen bør være for å kunne bo hjemme lengst mulig. Arbeidsgruppen for kommunikasjon har laget en brosjyre om boligutforming som kan lastes ned og deles ut.

Hva ble resultatet?

Kommunene har bygd opp et omfattende kunnskapsgrunnlag om framtidige boligbehov. Det er blitt større bevissthet om sammenhengen mellom hvordan folk bor, og hvor mye hjelp de trenger.

Samtidig tar slike endringer tid. Å endre kommune-/samfunnsplaner i en kommune er en lang prosess, og det krever at hele kommunen jobber sammen. Men etter tre år begynner man å se endringer i hvordan planleggingen i kommunene dreies fra bygging av institusjonsplasser til private omsorgsboliger og leiligheter i attraktive boområder. Flere kommuner har nå satt i gang konkrete byggeprosjekter og planer for omsorgsboliger med korte avstander, basert på «Bo trygt hjemme»-reformen.

Prosjekt 4: Helsefremmende team

Hva var målet?

Mange eldre får svekket helse flere år før de trenger mye hjelp. Det gir et handlingsrom for å sette inn enkle tiltak tidlig. Målet med dette prosjektet var å undersøke hvordan kommunene kan kartlegge eldres helse systematisk og hjelpe dem i en tidlig fase.

Til dette brukte prosjektet en metode fra WHO som heter ICOPE. Den går ut på å kartlegge hva den enkelte selv klarer – det som i rapporten kalles iboende kapasitet. Det handler om hukommelse, bevegelse, ernæring, syn, hørsel og psykisk helse. Ut fra kartleggingen gir man råd og tiltak som er tilpasset den enkelte, slik at folk kan holde seg friske lenger.

Hva ble gjennomført?

Prosjektet ble gjennomført fra august 2024 til mars 2026 i én stor kommune, Arendal, og én liten, Gjerstad. I hver kommune ble det satt sammen et team med en fysioterapeut og en sykepleier, med en fastlege som faglig rådgiver. Teamene dro på hjemmebesøk til hjemmeboende eldre over 65 år som tok kontakt med kommunen for første gang.

Et hjemmebesøk tok mellom 60 og 90 minutter. Teamet ble først kjent med innbyggeren og snakket om sykehistorie og hva som var viktig for personen. Deretter ble helsa kartlagt på de seks områdene. Fant de tegn til svekkelse, gikk de videre med en grundigere undersøkelse og ga råd. Førstevalget var alltid enkle råd og tilbud på de laveste trinnene i innsatstrappa, for eksempel trening hjemme eller i en treningsgruppe, framfor tyngre tjenester. Alle som kunne følges opp, fikk et nytt besøk etter seks måneder.

Hvem ble fulgt opp?

Til sammen ble 91 innbyggere kartlagt. Av dem var 51 kvinner og 40 menn, og halvparten var rundt 82 år. De fleste ble henvist fra saksbehandlere på tjenestekontorene (61,5 prosent) og fra fastleger (14,3 prosent). Den vanligste grunnen til at folk tok kontakt, var et ønske om å få kartlagt hjelpebehovet sitt.

Etter seks måneder ble 73 av de 91 fulgt opp med en ny kartlegging. De 18 som ikke ble fulgt opp videre, hadde enten fått mer omfattende hjelp på grunn av dårligere helse, ønsket ikke å fortsette, eller hadde flyttet eller gått bort.

Hva ble resultatet?

Allerede ved første besøk hadde mange av innbyggerne svekket helse på flere områder samtidig. Svekkelse var vanligst når det gjaldt syn (80,3 prosent), bevegelse (74,6 prosent) og hørsel (72,9 prosent). Omtrent halvparten hadde også utfordringer med hukommelse, psykisk helse eller ernæring.

Etter seks måneder viste resultatene en liten, men tydelig forbedring i gruppen samlet sett. Psykisk helse var det området som lot seg påvirke mest, og fysisk funksjon ble også bedre. Syn og hørsel holdt seg ganske stabilt. Utviklingen var ulik fra person til person: noen ble bedre, noen var uendret, og noen ble dårligere.

Et viktig funn var at folk i gjennomsnitt brukte tilbud lenger ned i innsatstrappa etter seks måneder enn ved første besøk. Det går i retning av mindre bruk av de mest ressurskrevende tjenestene over tid.



I sum viser prosjektet at slike tverrfaglige team, sammen med ICOPE-metoden, er en gjennomførbar måte å jobbe på. Den enkle delen av kartleggingen var lett å bruke på tvers av fag. Samtidig kom teamene ofte inn ganske sent, fordi mange allerede hadde omfattende helseutfordringer da de tok kontakt. Førstegangsbesøkene var også tidkrevende. Erfaringen er derfor at metoden bør brukes der den trengs mest, og at man bør utvikle enklere og mer tilgjengelige løsninger, for eksempel digitale tester kombinert med hjelp fra helsepersonell. Mange eldre er ikke digitale, så informasjon på papir og personlig veiledning er fortsatt viktig.

Prosjekt 5: Forskning og kunnskap

Hva var målet?

Kommunene har et ansvar for å legge til rette for forskning i sine egne helse- og omsorgstjenester. Prosjektet baserer seg på vedtatt Strategiplan «Kunnskapsløft for bedre helse og gode liv», og hadde som mål å bygge på en felles plan for forskning og utvikling, slik at tjenestene i Østre Agder bygger på etablert kunnskap. Planen har navnet «Kunnskapsløft for bedre helse og gode liv».

Det overordnede målet er at kommunene i Østre Agder skal utvikle sammenhengende tjenester med høy kvalitet, nærhet til den enkelte, dyktige medarbeidere og god bruk av ressursene. Kommunene ønsket blant annet å være langt framme i å ta kunnskapsbaserte valg, å være en av de ledende gruppene av samarbeidende kommuner på Agder, og å bygge en felles struktur for forskning og utvikling.

Hva ble gjennomført?

Den nye planen for perioden 2025–2028 ble ferdig og vedtatt høsten 2024. Det er ansatt en egen rådgiver for forskning og utvikling i en kombinert stilling, slik at hun også er knyttet til Universitetet i Agder. Tanken bak er å knytte kommunene og universitetet tettere sammen, og å legge til rette for flere forskerstillinger i kommunene framover.

Et viktig poeng er at kommunene tidligere i for stor grad har blitt forsket på utenfra. Nå ville de heller forske sammen med universitetet, ut fra egne behov. Det er opprettet en ny forskningsgruppe ved Universitetet i Agder der både ansatte ved universitetet og kommuneansatte med mastergrad jobber sammen.

Mange ansatte har tatt kurs i å vurdere kunnskapen som er innhentet, og det er laget en egen videreutdanning i praksisnær forskning i samarbeid med universitetet. Her lærte ansatte å lage en skisse til et forskningsprosjekt knyttet til egen arbeidshverdag. Et eksempel er et prosjekt om fallforebygging som planlegges gjennomført av forskere og kommuneansatte sammen.

Hva ble resultatet?

Det er bygd opp strukturer for forskning og utvikling i kommunene, og samarbeidet med universitet og sykehus er styrket. Den nye planen er vedtatt, og Østre Agder har fått en egen regional gruppe – Fagutvalg for analyse- og kunnskapsutvikling – der alle de åtte kommunene har pekt ut hver sin kontaktperson for forskning og utvikling.

Masterstudenter er koblet på flere av prosjektene, blant annet prosjektet om helsefremmende team og et prosjekt om hvordan tjenestekontorene jobber. Samlet har dette lagt et bedre grunnlag for å utvikle tjenestene videre, basert på kunnskap og samarbeid på tvers.

Arbeidet føres videre. Et eksempel er prosjektet «Eldre Agder X», som har fått penger fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2026. Her skal blant annet hele ICOPE-metoden oversettes til norske forhold, og det skal utvikles modeller for å finne tidlig hvem som kan komme til å trenge mye hjelp for å sikre forebyggende innsats og riktige prioriteringer i helsetjenestene.

Hva har vi lært?

Erfaringene fra programmet viser at tidlig innsats krever tydelig informasjon om hva man vil oppnå, hvem tilbudet er for, og hva folk kan vente seg. Det tok litt tid å finne ut akkurat hva som skulle formidles, men det ble tydelig at alle – ansatte, innbyggere og pårørende – trenger den samme, klare informasjonen.

En klar erfaring er at mange eldre ikke bruker digitale verktøy. Derfor trengs det andre måter å nå dem på, som informasjon på papir og personlig veiledning, slik at alle får lik tilgang til råd og hjelp.

Råd og tiltak kunne ikke lages helt like for alle. Behov og forutsetninger var for ulike. De helsefremmende teamene erfarte at informasjonen måtte tilpasses den enkelte og knyttes til det personen selv syntes var viktig. Det økte også motivasjonen. Mange opplevde at det ble for mye informasjon, så rådene måtte forenkles. Enkle, konkrete og personlige råd fungerte best.

Konklusjon

Programmet viser at kommunene står overfor et stort og økende press, på grunn av at vi blir flere eldre, mangel på arbeidskraft og strammere økonomi. Samtidig viser arbeidet at målrettet omstilling, tidlig innsats og bedre samarbeid kan bidra til å møte disse utfordringene på en mer bærekraftig måte.

Gjennom de fem prosjektene er det laget og prøvd ut konkrete verktøy og arbeidsmåter. Særlig innsatstrappa har vist seg å være et nyttig verktøy for å vise fram tjenestene, fremme tidlig innsats og skape felles forståelse mellom ansatte, ledere, politikere og innbyggere. Sammen med ressurskalkulatoren gir dette et bedre grunnlag for å ta beslutninger og dreie tjenestene mot mer forebygging og egenmestring.

De helsefremmende teamene og ICOPE-metoden viser et reelt, men begrenset potensial for å identifisere behov tidlig og sette inn enkle tiltak som kan stabilisere eller bedre helse hos eldre. Samtidig må innsatsen komme enda tidligere, og det må utvikles løsninger som er lettere tilgjengelige og kan brukes i større skala.

Boligplanlegging er et viktig virkemiddel. Boliger som passer bedre for eldre, og som ligger nær det folk trenger i hverdagen, kan redusere behovet for tjenester i framtiden. Parallelt er det behov for å bygge mer kunnskapsbaserte tjenester gjennom sterkere samarbeid mellom kommuner, forskning og utdanning.

Samlet sett viser programmet at bærekraftige tjenester krever en jevn dreining mot forebygging, bedre ressursstyring, mer samarbeid på tvers av fag, og at innbyggerne får være en ressurs i eget liv. Arbeidet har lagt et solid grunnlag, men også gjort det tydelig at omstillingsarbeidet må fortsette og forsterkes i årene framover.

Takk for godt samarbeid!

Prosjektledelsen vil takke styringsgruppe, prosjektgrupper, arbeidsgrupper, helsefremmende team, Agenda Kaupang og Statsforvalteren som alle på avgjørende vis har bidratt til gjennomføringen av programmet.





Arendal



Froland



Gjerstad



Grimstad



Risør



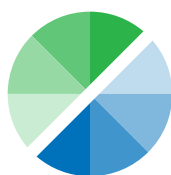
Tvedestrand



Vegårshei



Åmli



Østre Agder
Interkommunalt Politisk Råd